令和8年度　岐阜県会計年度任用職員
（地域保健関係専門職（管理栄養士等））
採用選考申込書

［写真欄］

写真は申込前6カ月以内に帽子をつけないで上半身正面向きを撮った縦4.5cm×横3.5cmのもので本人と確認できるものを貼り付けてください。

所　属	可茂保健所
職　名	地域保健関係専門職

※以下について、必要事項を記入するとともに、該当する □ に「✓」を記入（又は該当する□を黒塗り）してください。

1　氏名（フリガナ）

2　生年月日・年齢

年　　月　　日生まれ　　歳　（　　年　　月　　日現在）

3　現住所（同居人の場合は、同居先も記入してください。）

（郵便番号　　－　　）（電話　　－　　－　　）
（携帯電話　　－　　－　　）

（メールアドレス　　）

4　連絡先（現住所以外の連絡場所がある場合は記入してください。）

（郵便番号　　－　　）（電話　　－　　－　　）
（携帯電話　　－　　－　　）

5　学歴（高等学校以上を記入してください。なお、所在地は市町村名までを記入してください。）
※専門学校は、修業年限が2年以上の場合に限ります。

①現在又は最終　　□ 大学院　□ 大学　□ 短大・専門学校　□ 高校

学　校　名	学 部 科 名	所　在　地

期　　間	学　年　等
年　　月から　　年　　月まで	学年　□ 卒　□ 卒見　□ 在　□ 中退

②その前　　□ 大学院　□ 大学　□ 短大・専門学校　□ 高校

学　校　名	学 部 科 名	所　在　地

期　　間	学　年　等
年　　月から　　年　　月まで	学年　□ 卒　□ 中退

6　職歴（直近の職歴から順に記入してください）

年	月	職　　歴

7　資格・免許

年	月	資格・免許

8　志望動機・自己PR・その他

［志望動機・自己PRについて記入してください］

通勤時間	扶養家族（配偶者を除く）	配偶者	配偶者の扶養義務
約　　時間　　分	人	□有　□無	□有　□無

9　本人希望記入欄（特に報酬・勤務時間・業務内容等についての希望などがあれば記入してください。）

（宣誓欄）

私は、採用選考案内に掲げてある受験資格をすべて満たしており、また、申込書についてのすべての記載事項に相違ありません。

年　　月　　日　　申込者氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿